

**SOLICITUD DE ASISTENCIA ESPECIAL FORMA PM 5.4.1**

Una persona que según un médico autorizado, trabajador social, equipo clínico o T / RBHA necesita atención especial se debe identificar sin importar si el programa cree que está cubriendo las necesidades de la persona. Se debe determinar que un individuo necesita atención especial, debido a una o más de las siguientes razones: Habilidad cognoscitiva; capacidad intelectual; daño sensorial; barreras del lenguaje y / o condición médica, la persona no puede comunicar preferencias por servicios y / o participa en planeación de servicios y / o proceso de queja / apelación.

**PARTE A** (para ser llenado por el T / RBHA o el proveedor y enviado por fax a la Oficina de Derechos Humanos al 602- 364-4590):

La siguiente persona puede necesitar asistencia especial para participar en el proceso de Planeación de Servicio Individual o para entender y participar en el proceso de apelación, queja o investigación:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ EDO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CONTACTO CLÍNICO / TRABAJADOR SOCIAL: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR / T /RBHA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO / FAX: \_\_\_\_\_

Por favor enliste específicamente los servicios que se necesitan para permitir al cliente participar en el proceso de ISP, apelación, queja o investigación (Ej., La persona tiene una discapacidad del desarrollo y tiene problemas para entender el proceso de queja):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles, si hay alguno, servicios se están tramitando / proporcionando actualmente para satisfacer la asistencia especial necesaria?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿La persona sabe que usted ha solicitado asistencia especial para ella?

Sí \_\_\_\_\_ No (Explique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE B (para que la llenen en OHR y enviada por fax a la persona que hace la solicitud):**

¿Qué tipo de asistencia proporcionará la Oficina de Derechos Humanos o el Comité de Derechos Humanos, y en qué fecha se proporcionarán los servicios? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y Número del Contacto OHR / HRC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE C (para que la llenen en T / RBHA o el proveedor y enviado por fax a OHR al 602-- 364-4590)**

A partir de la siguiente fecha, \_\_\_\_\_, el cliente mencionado arriba ya no necesita asistencia especial.